

نقش انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و پذیرش درد در پیش‌بینی تاب‌آوری بیماران مبتلا

به درد مزمن

علیرضا آقاییوسفی^۱، مرتضی ترخان^۲، *نرگس محمدی^۳، حمید افشار^۴

۱. دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، ایران.

۲. دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، ایران.

۳. دانشجوی دکتری روانشناسی، مرکز تحقیقات روان‌تنی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۴. استاد گروه روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات روان‌تنی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

(تاریخ وصول: ۹۴/۰۲/۱۳ - تاریخ پذیرش: ۹۵/۰۳/۰۴)

The Role of Psychological Inflexibility and Pain Acceptance in Predicting of Resiliency in Chronic Pain Patients

Alireza Aghayousefi¹, Morteza Tarkhan², *Narges Mohammadi³, Hamid Afshar⁴

1. Associate Professor of Psychology, Department of Psychology, Payam-E- Noor University, Iran.

2. Associate Professor of Psychology, Department of Psychology, Payam-E- Noor University, Iran.

3. PhD student of Psychology, Psychosomatic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

4. Professor, Psychiatrist, Department of Psychiatry, University of Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

(Received: May. 03, 2015 - Accepted: May. 24, 2016)

Abstract

Objective: Psychological inflexibility and mindfulness represent two important constructs of the new generation of cognitive behavioral therapy that in recent years has attracted attention of many researchers especially in the chronic health problems area. Thus, the purpose of the present study was to assess the relationships psychological inflexibility and pain acceptance with resiliency in chronic pain patients. **Method:** This study is descriptive and correlational. 218 patients with chronic pain (63 male and 155 female) of 4 clinical and imaging centers in Isfahan were selected by census sampling during 7 months and filled out three questionnaires: Psychological Inflexibility in Pain Scale (PIPS), Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CAPQ) and Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Data was analyzed using Pearson correlation and multiple regressions. **Findings:** The results showed that psychological inflexibility had significantly reverse relationship and pain acceptance direct relationship with resiliency in chronic pain patients. Moreover, the results of regression analysis showed that psychological inflexibility predicts 20 percentages and pain acceptance 20 percentages of resiliency scores in these patients. **Conclusion:** The results of the study support the role of processes of acceptance and commitment therapy, especially psychological inflexibility and pain acceptance in resiliency of chronic pain patients.

Keywords: Psychological Inflexibility, Pain Acceptance, Resiliency, Chronic Pain.

چکیده

مقدمه: انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و پذیرش دو سازه مهم از نسل جدید درمان‌های شناختی رفتاری است که در سال‌های اخیر توجه پژوهشگران بسیاری را به‌ویژه در حوزه مشکلات مزمن سلامتی به خود جلب کرده است. لذا، هدف مطالعه حاضر نیز بررسی ارتباط انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و پذیرش درد با تاب‌آوری بیماران مبتلا به درد مزمن بود. **روش:** پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی است. ۲۱۸ بیمار مبتلا به درد مزمن (۶۳ زن و ۱۵۵ مرد) با روش تمام شماری طی ۷ ماه از ۴ مرکز درمانی و تصویربرداری در شهر اصفهان انتخاب شدند و سه پرسشنامه پذیرش درد مزمن (CAPQ)، مقیاس انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی درد (PIPS) و مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویسون (CD-RISC) را تکمیل کردند. داده‌ها با روش آماری ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه تجزیه و تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج تحقیق نشان داد که انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی درد رابطه معکوس و پذیرش درد رابطه مستقیم و معناداری با تاب‌آوری بیماران مبتلا به درد مزمن دارند. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی درد ۲۰ درصد و پذیرش ۳۰ درصد نمرات تاب‌آوری را در این بیماران پیش‌بینی می‌کند. **نتیجه‌گیری:** یافته‌های تحقیق از نقش فرایندهای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌ویژه انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و پذیرش درد در تاب‌آوری بیماران مبتلا به درد مزمن حمایت می‌کند.

واژگان کلیدی: انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی، پذیرش درد، تاب‌آوری، درد مزمن.

* نویسنده مسئول: نرگس محمدی

*Corresponding Author: Narges Mohammadi

Email: Nargesmohammadi53@yahoo.com

مقدمه

از جمله روانشناسی سلامت اهمیت ویژه‌ای پیدا کرده است، به طوری که هر روز بر شمار پژوهش‌های مرتبط با این موضوع افزوده می‌شود. در روانشناسی مثبت‌گرا روی استعداد و توانمندی انسان به جای ناهنجاری و اختلال تأکید می‌شود؛ بنابراین عواملی که نیازهای انسان را هدف قرار می‌دهند، موضوعات کلیدی در رویکرد مثبت‌گرا است (کمپل سیل، کوهن و استین^۷، ۲۰۰۶). یکی از این موضوعات، تاب‌آوری است که به عنوان توانایی سازگاری موفق با عوامل استرس‌زا و حفظ بهزیستی روان‌شناختی در مواجهه با مصیبت‌ها تعریف می‌شود؛ به عبارت دیگر، تاب‌آوری توانایی بیرون آمدن از تجربه منفی است (هنگلاند و همکاران^۸، ۲۰۰۷). بلاک و کرمن^۹ (۱۹۹۶) خود تاب‌آوری را به عنوان گسترش انعطاف‌پذیری در منابع شناختی، هیجانی و اجتماعی در مواجهه با تقاضاهای متفاوت محیطی توصیف کرده‌اند. نتایج مطالعات نیز نشان می‌دهد که تاب‌آوری، حاصل توانایی افراد برای تعامل با محیط و فرایندهایی است که هم بهزیستی را بالا می‌برد و هم فرد را علیه مغلوب شدن در برابر عوامل خطر محافظت می‌کند (زاتورا، هال و موری^{۱۰}، ۲۰۱۰؛ واف، تامسون و گوتلیب^{۱۱}، ۲۰۱۱؛ ابوالقاسمی و همکاران، ۱۳۹۳). کارولی و رولمن^{۱۲} (۲۰۰۶) تاب‌آوری در درد را

درد مزمن رنجی فراگیر و مشکلی چالش‌انگیز برای سلامتی است که بین ۱۵ تا ۴۶/۵ درصد جمعیت عمومی در جهان (هارستل^۱، ۲۰۰۳؛ بلیس و همکاران^۲، ۲۰۰۱) و ۹ تا ۲۱ درصد جمعیت بزرگسال در ایران (اصغری مقدم، کرمی و رضایی، ۱۳۸۱؛ غفاری و همکاران^۳، ۲۰۰۶) را تحت تأثیر قرار می‌دهد. درد که فرایند مهمی در شناسایی آسیب یا بیماری است و توجه را به قسمتی از بدن که نیاز به مراقبت فوری دارد، جلب می‌کند، زمانی که از حالت حاد به یک وضعیت مزمن پیشرفت می‌کند، مفید بودن خود را از دست می‌دهد و با پیامدهای منفی مانند افسردگی، ناتوانی در عملکرد (استرگن و زاتورا^۴، ۲۰۱۰) و مشکلات سلامتی همچون چاقی (مارکس^۵، ۲۰۰۷) همراه می‌شود. درمان‌های دارویی و غیر دارویی سنتی اغلب بر کاهش و حذف درد تأکید دارند و دیده شده برخلاف استفاده وسیع از مداخلات دارویی به‌ویژه ضد دردها و روان‌درمانی‌های مقابله‌ای درد مثل آرام‌سازی، کنترل و رهایی از درد به‌طور کامل موفقیت‌آمیز نیست (ترک^۶، ۲۰۰۲) و افراد مبتلا به درد مزمن همچنان به دنبال راه‌کارهای درمانی کاهش درد هستند.

در سال‌های اخیر رویکرد روانشناسی مثبت‌گرا در حوزه‌های مختلف روانشناسی

7. Campbell- sills, Cohen & Stein
8. Haglund etall
9. Block & Kremen
10. Zautra, Hall & Murray
11. Waugh, Thompson & Gotlib
12. Karoly & Ruehlman

1. Harstall
2. Blyth etall
3. Ghaffari et al
4. Sturgeon & Zautra
5. Marks
6. Turk

این گونه تعریف می‌کنند که فرد با وجود تجربه سطوح بالای درد، سطح پایینی از بار هیجانی و اختلال عملکرد ناشی از درد را نشان می‌دهد. افراد غیر تاب آور با شدت درد مشابه، بار هیجانی و اختلال درد بالاتری دارند. نتایج چندین مطالعه نشان می‌دهد، افراد مبتلا به درد مزمنی که با این تعریف تاب‌آوری تناسب دارند، عملکرد بهتری در حوزه‌های شناختی و رفتاری (شامل راهکارهای مقابله‌ای درد، نگرش به درد، تمایل به فاجعه سازی و الگوی استفاده از خدمات مراقبتی سلامتی و دارویی) نسبت به افراد غیر تاب آور دارند (کارولی و رولمن، ۲۰۰۶؛ انگ، زاتورا و رید، ۲۰۱۰). نتایج برخی مطالعات تجربی نیز از این یافته حمایت می‌کنند، به‌طور مثال در مطالعه‌ای در یک تکلیف القای درد فیزیکی با سرد شدن، افرادی که انعطاف‌پذیری بالاتری داشتند، تحمل‌پذیری، تحمل درد و میزان بهبودی بالاتری نشان دادند (فلدنر و همکاران، ۲۰۰۶). همچنین نتایج یک مطالعه نشان می‌دهد که مکانیسم‌های تاب‌آوری، ارتباط بین درد و پیامدهای آن را از طریق نیرومندسازی پاسخ‌های مقابله‌ای به درد تعدیل می‌کنند؛ بنابراین تاب‌آوری ممکن است به‌عنوان میانجی در بین ارتباطات درد و پیامدهای مربوط به سلامتی و بهزیستی در نظر گرفته شود (اسمیت و همکاران، ۲۰۰۸).

در چند سال گذشته در مورد عوامل و مکانیسم‌های نورو-زیستی و روان‌شناختی که افراد تاب آور را مشخص می‌کند، مطالعات زیادی

انجام شده است؛ اما اخیراً یک مدل نظری بر پایه مطالعات تجربی برای آسیب‌شناسی روانی به نام درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش^۴ (ACT)، مفهوم تاب‌آوری را گسترش می‌دهد (کاشدان و روتنبرگ، ۲۰۱۰). مدل ACT از درمان‌های موج سوم روان‌شناختی است که توسط استیون هیس و همکارانش^۵ در دهه هشتاد میلادی بنیان‌گذاری شده است. در مقایسه با درمان شناختی رفتاری، تمرکز درمان‌های نسل سوم از تغییر برداشته می‌شود و به سمت پذیرش می‌رود. درمان ACT شامل شش فرایند درمانی پذیرش، بودن در زمان حال، عمل کردن بر اساس ارزش‌ها، تعهد به عمل، خود به‌عنوان زمینه اصلی و گسلش شناختی است (مک کراکن و ولمن، ۲۰۱۰)، اما هسته مرکزی و هدف اصلی این فرایندها افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی^۶ به‌عنوان آگاه بودن از تجربیات درونی همچون افکار و احساسات در زمان حال بدون نیاز به اجتناب یا فرار از آن‌ها و تغییر یا ادامه رفتار مطابق با موقعیت به‌صورتی که در راستای دنبال کردن ارزش‌های فرد باشد، تعریف می‌شود (هیس و همکاران، ۲۰۰۶). در واقع در مدل ACT، بهبود عملکرد و کیفیت زندگی را با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی جستجو می‌کند. نقطه مقابل آن انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی^۷ است که از دیدگاه ACT

4. Acceptance and commitment Therapy
5. Kashdan & Rottenberg
6. Hayes et al
7. McCracken & Velleman
8. Psychological flexibility
9. Psychological inflexibility

1. Ong, Zautra & Reid
2. Feldner et al
3. Smith et al

علیرضا آقاییوسفی و همکاران: نقش انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و پذیرش درد در پیش‌بینی تاب‌آوری بیماران مبتلا به درد ...

آسیب‌شناسی روانی بر اساس آن تعریف می‌شود. در مدل ACT اعتقاد بر این است، آنچه باعث طولانی شدن رنج‌های انسانی می‌شود، فرایندهایی چون اجتناب تجربه‌ای^۱ و آمیختگی شناختی^۲ است (هیس و همکاران، ۲۰۰۵) و زمانی که این دو فرایند بر تجربیات فرد غالب باشد، ایجاد انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی می‌کنند (هیس، استراسول و ویلسون^۳، ۱۹۹۹). اجتناب تجربه‌ای نقطه مقابل پذیرش است که به تلاش‌های عمدی فرد برای اجتناب از تجربیات درونی همچون احساسات، افکار، خاطرات و حس‌های بدنی آزارنده اشاره دارد و باعث می‌شود فرد اعمالی برخلاف اهداف و ارزش‌هایش انجام دهد (هیس، ۲۰۰۴). آمیختگی شناختی نیز نقطه مقابل گسلس شناختی است که فرد بجای توجه به فرایند فکر کردن (زمینه فکر) با محتویات تفکر آمیخته می‌شود (هیس و همکاران، ۲۰۰۶) و موجب می‌شود فرایندهای کلامی مثل افکار و رفتار فرد به صورت غیر مؤثری تنظیم شوند. درواقع فرد فکر درباره یک اتفاق را با اتفاق واقعی یکی می‌داند و دست به رفتارهایی برای جلوگیری از اتفاق می‌زند (ویکسل و همکاران، ۲۰۰۸)؛ بنابراین فرایندهای کلامی تأثیر مهم و وسیعی روی رفتار دارد و ناتوانی برای عمل کردن به طور مؤثر در راستای ارزش‌های زندگی در حضور افکار و احساسات منفی و علائم جسمی به مفهوم انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی اشاره دارد (هیس و همکاران،

۲۰۰۶)؛ بنابراین در انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی فرد با بافت یک موقعیت و انتخاب رفتار منطبق با ارزش‌های خود مشکل دارد (هیس، استراسول و ویلسون، ۱۹۹۹) و به خاطر کنترل یا حذف تجربیات ناراحت‌کننده، درگیر رفتارهایی می‌شود که به سلامت جسمی، احساسی، یا روانی خود آسیب می‌رساند (مثل نوشیدن افراطی مشروبات الکلی یا اجتناب از موقعیت‌های مختلف) (هیس و همکاران، ۲۰۰۵)؛ هیس، استراسول و ویلسون، ۱۹۹۹؛ هیس، ۲۰۰۴)؛ بنابراین انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به افراد کمک می‌کند که خود را از چرخه اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی رها کنند و این نه از طریق چالش یا تغییر افکار، بلکه زمانی امکان‌پذیر است که افراد یاد بگیرند به چنین تجربیاتی ذهن آگاهانه‌تر پاسخ دهند، چنانچه دیگر به عنوان مانع به نظر نیایند (سیاروچی و بلکلیدج^۴، ۲۰۰۶).

شواهد تحقیقی زیادی از نقش انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی در دامنه وسیعی از اختلالات روان‌شناختی از جمله اضطراب و افسردگی، شرایط سلامتی و اختلال عملکرد حمایت کرده‌اند (هیس و همکاران، ۲۰۰۶؛ رویز و همکاران^۵، ۲۰۱۳؛ ماسودا، پرایس و لایتمن^۶، ۲۰۱۲؛ ماسودا و تولی^۷، ۲۰۱۲). بعلاوه، مطالعات اخیر مشارکت ویژه انعطاف‌پذیری و نقطه مقابل آن انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی را در پیش‌بینی پیامدهای مربوط به درد همچون افسردگی، اضطراب، شدت درد، ناتوانی جسمی و روانی (مک کراکن و گوتیریز-

4. Ciarrochi & Blackledge

5. Ruiz et al

6. Masuda, Price & Latzman

7. Masuda & Tully

1. Experimental avoidance

2. Cognitive fusion

3. Hayes, Strosahl & Wilson

اکلستون، ۲۰۰۴؛ مک کراکن و همکاران، ۲۰۰۴). در واقع تمایل به درد با کاهش اجتناب و رها کردن تلاش برای کنترل درد و تعهد در فعالیت، با تمرکز روی دنبال کردن اهداف فردی و انجام فعالیت‌های ارزشمند، با وجود درد مشخص می‌شوند (مک کراکن، واول و اکلستون، ۲۰۰۴). مطالعات گسترده‌ای نقش ارزشمند پذیرش را در کاهش پیامدهای درد همچون اضطراب، افسردگی، ناتوانی فیزیکی و روانی اجتماعی و وضعیت شغلی و به‌طور کلی عملکرد زندگی سالم در بیماران مبتلا به درد مزمن مشخص کرده‌اند (به‌طور مثال، مک کراکن و اکلستون، ۲۰۰۵؛ مک کراکن، واول و اکلستون، ۲۰۰۴؛ مک کراکن و همکاران، ۲۰۰۴؛ مک کراکن، ۱۹۹۹).

پیشینه تحقیق نشان می‌دهد که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و پذیرش درد، سازه‌های مهم درمانی در بهبود عملکرد و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد مزمن هستند (مک کراکن و واول، ۲۰۰۷)؛ اما این متغیرها در زمینه تاب‌آوری بیماران مبتلا به درد مزمن به‌طور مستقیم بررسی نشده‌اند و همان‌طور که بیان شد، فقط به‌طور محدود در خلال مطالعات دیگر به نقش احتمالی آن‌ها اشاره شده است (کاشدان و روتنبرگ، ۲۰۱۰؛ مک کراکن و اکلستون، ۲۰۰۵؛ اسمیت و زاتورا، ۲۰۰۸). لذا در این پژوهش قصد دارد به‌طور مستقیم نقش آن‌ها را در تاب‌آوری این بیماران بررسی کند؛ بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی نقش انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و پذیرش درد به همراه مؤلفه‌های آن‌ها در تاب‌آوری بیماران مبتلا به درد مزمن انجام شد.

مارتینز^۱، ۲۰۱۱، مک کراکن و واول^۲، ۲۰۰۷، ویکسل و همکاران^۳، ۲۰۱۰، فاجعه پنداری (کراتز، دیویس و زاتورا^۴، ۲۰۰۷)، کیفیت خواب (مک کراکن، ویلیام و تنگ^۵، ۲۰۱۱)، کیفیت زندگی (فینستین و همکاران^۶، ۲۰۱۱) و رضایت زندگی (ویکسل، اولسون و هیس^۷، ۲۰۱۰) در بیماران مبتلا به درد مزمن را نشان داده‌اند.

پذیرش درد یکی از شش فرایند درمانی ACT برای درد مزمن است که در سال‌های اخیر به‌طور فزاینده‌ای مطالعه شده است و ممکن است نقش برجسته‌ای در تاب‌آوری برای درد داشته باشد (مک کراکن و اکلستون^۸، ۲۰۰۵). اسمیت و زاتورا^۹ (۲۰۰۸) به غیر از خوش‌بینی و داشتن اهداف در زندگی، پذیرش درد را به‌عنوان یکی از ویژگی‌های مثبت از منابع تاب‌آوری در افراد مبتلا به درد مزمن برشمردند. پذیرش درد برعکس انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی با تمایل به تجربه درد و پیامدهای هیجانی و شناختی آن و تعهد به تلاش برای زندگی با رضایت علیرغم وجود درد تعریف می‌شود (مک کراکن و اکلستون، ۲۰۰۵). همان‌طور که در این تعریف استنتاج می‌شود، پذیرش شامل دو جزء اساسی گشودگی یا تمایل به تجربه درد^{۱۰} و تعهد به فعالیت^{۱۱} در راستای اهداف با وجود درد است (مک کراکن، واول و

1. McCracken & Gutiérrez-Martínez
2. McCracken LM, Vowles
3. Wicksell et al
4. Kratz, Davis & Zautra
5. McCracken, Williams & Tang
6. Feinstein et al
7. Wicksell, Olsson & Hayes
8. McCracken & Eccleston
9. Smith & Zautra
10. Pain willing
11. Activity engagement

روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع توصیفی همبستگی است. جامعه آماری پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به درد مزمن ارجاع شده به ۴ مرکز درمانی و تصویربرداری در اصفهان طی ۷ ماه از خرداد تا آذر سال ۱۳۹۳ تشکیل می‌داد که با روش تمام شماری اطلاعات جمع‌آوری شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل سن بین ۱۸ تا ۶۰ سال، داشتن حداقل تحصیلات سوم راهنمایی، مدت درد حداقل به مدت ۶ ماه، نداشتن بیماری‌های عفونی خطرناک یا جسمی بدخیم مانند سرطان، نارسایی کبد یا کلیه، ایدز، هپاتیت یا بیماری مولتیپل اسکلروزیس (MS) و رضایت جهت شرکت در پژوهش بود. حدود ۲۵۰ بیمار مبتلا به درد مزمن به این مراکز ارجاع شدند که بر اساس معیارهای ورود ۲۳۰ بیمار در پژوهش شرکت کردند؛ اما نهایتاً اطلاعات ۲۱۸ بیمار بر اساس پرسشنامه‌های کامل شده ارزیابی شد. از بین این ۲۱۸ بیمار ۱۵۵ نفر زن و ۶۳ نفر مرد بودند و میانگین سنی آن‌ها ۴۲ سال و میانگین مدت ابتلا به درد در آن‌ها ۵/۶ سال بود. کفایت حجم نمونه بر اساس توان آماری ($P > 0/80$) تأیید شد.

ابزار پژوهش سه پرسشنامه انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی درد^۱ (PIPS) پذیرش درد مزمن^۲ (CAPQ) و مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویسون^۳ (CD-RISC) بود.

مقیاس انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی درد (PIPS)، یک پرسشنامه ۱۶ سؤالی است که

توسط ویکسل و همکاران (۲۰۱۰) طراحی شده است. شامل دو خرده‌مقیاس اجتناب از درد (۱۰ سؤال) و آمیختگی شناختی (۹ سؤال) است و کل مقیاس، انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی نسبت به درد را می‌سنجد. نمره بندی سؤالات آن بر اساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت بین نمره ۱ (اصلاً درست) تا ۷ (کاملاً درست) است که نمره کل می‌تواند بین ۱۶ تا ۱۱۲ باشد. پایایی درونی فرم اصلی آن بر اساس آلفای کرونباخ برای کل مقیاس انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی ۰/۸۷ و برای خرده‌مقیاس اجتناب از درد ۰/۸۹ و برای آمیختگی شناختی ۰/۶۶ گزارش شده است (ویکسل، اولسون و ملین^۴، ۲۰۱۰). نسخه فارسی آن در دسترس نیست، بنابراین در این پژوهش پرسشنامه به فارسی ترجمه شد و پس از اصلاحات نهایی توسط متخصصین مجدداً به زبان انگلیسی ترجمه و با نمونه اصلی تطبیق داده شد. روایی محتوایی و صوری آن توسط اساتید و متخصصان صاحب‌نظر تأیید شد و پایایی آن بر اساس آلفای کرونباخ در این پژوهش برای کل انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی ۰/۹۰ و برای خرده‌آزمون اجتناب از درد و آمیختگی شناختی به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۰ به دست آمد.

پرسشنامه درد مزمن (CAPQ)، یک پرسشنامه ۲۰ سؤالی است که در قالب دو خرده‌مقیاس تعهد در فعالیت (۱۱ سؤال) و تمایل به درد (۹ سؤال) پذیرش درد مزمن را ارزیابی می‌کند. نمره بندی سؤالات در مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت بین صفر (اصلاً در مورد من صادق نیست)

1. Psychological Inflexibility in Pain Scale
2. Chronic pain acceptance questionnaire
3. Connor-Davidson Resilience Scale

4. Wicksell, Olsson & Melin

(RISC)، یک پرسشنامه ۲۵ سؤالی است که توسط کانر و دیویسون^۴ (۲۰۰۳) برای اندازه‌گیری توانایی سازگاری با تنش ساخته شده است. نمره بندی سؤالات آن بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت بین صفر (اصلاً) تا ۴ (همیشه) است. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی اولیه نشان می‌دهد که این مقیاس یک ابزار چندبعدی است و وجود پنج عامل شایستگی / استحکام شخصی، اعتماد به غرایز شخصی / تحمل عواطف منفی، پذیرش مثبت تغییر/روابط ایمن، کنترل و معنویت را برای این مقیاس تأیید کرده است. ولی بنا بر نظر کانر و دیویسون چون پایایی و روایی زیرمقیاس‌ها فرم اصلی هنوز به‌طور قطع تأیید نشده است، فقط نمره کلی تاب‌آوری برای اهداف پژوهشی معتبر محسوب می‌شود. بعد از آن کمبل-سیلس و استین^۵ (۲۰۰۷) مقیاس اولیه تاب‌آوری را با انتخاب ۱۰ گویه از میان ۲۵ گویه آن را بر روی نمونه‌ای ۵۱۱ نفری هنجاریابی نمودند که روایی سازه مقیاس جدید تاب‌آوری بر اساس تحلیل عاملی تأییدی را مطلوب و قابل قبول گزارش کردند. در ایران نیز نسخه فارسی آن توسط محمدی (۱۳۸۴) هنجاریابی شده است و در پژوهش‌های مختلف اعتبار و پایایی آن تأیید شده است. در این پژوهش از فرم ۲۵ سؤالی پرسشنامه استفاده شد که پایایی درونی آن بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد.

روش اجرا و تحلیل داده‌ها: شرکت‌کنندگان پس از ارائه توضیح راجع به محرمانه بودن اطلاعات شخصی و به‌کارگیری در جهت اهداف پژوهشی

تا ۶ (کاملاً در مورد من صادق است) است. نمره دهی سؤالات در خرده مقیاس تعهد در فعالیت به‌صورت مستقیم و در سؤالات تمایل به درد به‌صورت معکوس است. نمره پذیرش درد بر اساس جمع دو خرده مقیاس به دست می‌آید. نمره کل بین صفر تا ۱۲۰ متغیر است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده پذیرش بیشتر درد خواهد بود. مطالعات متعددی ویژگی‌های روان‌سنجی مناسبی را برای این پرسشنامه به زبان‌های مختلف گزارش کرده‌اند (ویسکل و همکاران، ۲۰۰۸؛ رنمان و همکاران^۱، ۲۰۱۰؛ رودرو و همکاران^۲؛ ۲۰۱۰). به‌طور مثال، در یک مطالعه روی ۲۲۴ بیمار چینی مبتلا به درد مزمن پایایی درونی آن را برحسب ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ و روایی سازه آن به‌صورت همگرا و واگرا با کیفیت زندگی، اضطراب، افسردگی و فاجعه‌پنداری درد بررسی و تأیید شده است (چونگ و همکاران^۳، ۲۰۱۴). در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی آن نیز، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی ۰/۷۱ گزارش شده است (مسگریان و همکاران، ۱۳۹۲). در یک پژوهش نسبتاً اخیر در بیماران مبتلا به درد مزمن نیز پایایی درونی آن برحسب ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش شده است (زارع و همکاران، ۱۳۹۳). در این پژوهش نیز ضریب آلفای کرونباخ کل پذیرش درد ۰/۶۵ و برای خرده آزمون تمایل به درد و تعهد در فعالیت به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۷ محاسبه شده است.

مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویسون (CD-

1. Reneman et al
2. Rodero et al
3. Cheung et al

4. Conner & Davidson
5. Compell-Sills & Stein

علیرضا آقایی و همکاران: نقش انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و پذیرش درد در پیش‌بینی تاب‌آوری بیماران مبتلا به درد ...

روان‌شناختی درد ($p < 0/05$) و از بین ابعاد آن، اجتناب درد ($p < 0/01$) با تاب‌آوری رابطه معنی‌دار و معکوس دارند. همچنین پذیرش درد و از بین ابعاد آن، تعهد در فعالیت ($p < 0/01$) با تاب‌آوری رابطه معنی‌دار و مستقیم دارند. در حالی که بعد آمیختگی شناختی از انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی درد و بعد تمایل به درد از پذیرش درد با تاب‌آوری رابطه معنی‌داری ندارند ($p > 0/05$).

برای پیش‌بینی واریانس نمرات تاب‌آوری بیماران مبتلا به درد مزمن بر اساس نمرات مؤلفه‌های انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و پذیرش نسبت به درد، آزمون تحلیل رگرسیون چندگانه انجام شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است. البته شرط برقراری پیش‌فرض‌هایی آزمون رگرسیون از جمله فاصله‌ای بودن متغیرها، وجود رابطه خطی بین متغیرها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و نرمال بودن توزیع متغیرها با استفاده از آزمون کلموگراف اسمیرنوف ($p > 0/05$) بررسی و تأیید شد.

فقط به صورت نتایج کلی و گروهی، ثبت اطلاعات بر اساس یک کد شناسه و بدون نام و نام خانوادگی جهت شرکت در پژوهش رضایت کتبی دادند و به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. سپس داده‌ها با روش آماری ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه با نرم‌افزار SPSS-20 مورد تحلیل و تجزیه قرار گرفت.

یافته‌ها

آماره‌های توصیفی نمرات آزمودنی‌ها در متغیرهای تحقیق در جدول ۱ ارائه شده است که نشان می‌دهد میانگین و انحراف معیار نمرات ۲۱۸ بیمار مبتلا به درد مزمن در انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی کل $3/27 \pm 1/14$ ، پذیرش درد کل $3/07 \pm 0/62$ و تاب‌آوری $3/59 \pm 0/62$ است.

برای بررسی رابطه‌ی انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و ابعاد آن و پذیرش درد و ابعاد آن با تاب‌آوری در بیماران مبتلا به درد مزمن از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ نشان می‌دهد، انعطاف‌ناپذیری

جدول ۱. آماره‌های توصیفی (تعداد، میانگین و انحراف معیار) انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و ابعاد آن (اجتناب درد و آمیختگی شناختی)، پذیرش درد و ابعاد آن (تمایل به درد و تعهد در فعالیت) و تاب‌آوری در بیماران مبتلا به درد مزمن

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار
ابعاد انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی	۲۱۸	۲/۷۵	۱/۳۹
آمیختگی شناختی	۲۱۸	۴/۰۲	۱/۱۳
انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی کل	۲۱۸	۳/۲۳	۱/۱۴
ابعاد پذیرش درد	۲۱۸	۲/۶۰	۱/۱۱
تعهد در فعالیت	۲۱۸	۳/۴۵	۱/۱۴
پذیرش درد کل	۲۱۸	۳/۰۷	۰/۶۲
تاب‌آوری	۲۱۸	۳/۵۹	۰/۶۲

جدول ۲. ماتریس همبستگی بین انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و ابعاد آن (اجتناب درد و آمیختگی شناختی)، پذیرش درد و ابعاد آن (تمایل به درد و تعهد به فعالیت) و تاب‌آوری در بیماران مبتلا به درد مزمن

متغیرهای پژوهش	انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی	اجتناب درد	آمیختگی شناختی	پذیرش درد	تمایل به درد	تعهد به فعالیت	تاب‌آوری
انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی کل	۱						
اجتناب درد	**۰/۹۴۵	۱					
آمیختگی شناختی	**۰/۷۷۴	**۰/۴۸۳	۱				
پذیرش درد کل	**۰/۴۴۳	**۰/۴۸۹	**۰/۱۸۹	۱			
تمایل به درد	**۰/۴۷۸	**۰/۳۸۰	**۰/۵۰۱	**۰/۳۹۰	۱		
تعهد در فعالیت	-۰/۰۵	**۰/۱۸۲	**۰/۲۱۵	**۰/۶۸۱	**۰/۴۱۰	۱	
تاب‌آوری	*-۰/۱۴۶	**۰/۱۸۱	-۰/۰۲	**۰/۲۳۴	۰/۰۸۲	**۰/۲۹۷	۱

**P<۰/۰۱ *P<۰/۰۵

جدول ۳. خلاصه مدل رگرسیون و تحلیل واریانس تاب‌آوری بر اساس ابعاد انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی (اجتناب درد و آمیختگی شناختی) و ابعاد پذیرش درد (تمایل به درد و تعهد در فعالیت)

متغیر پیش‌بین	B	SE	β	t	sig	R	R ²	DF	F	sig
ابعاد انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی	اجتناب درد	۰/۰۳۴	۰/۰۲۲۴	-۲/۹۳	**۰/۰۰۴	۰/۱۹۷	۰/۰۳۹	۲	۴/۳۴	*۰/۰۱۴
	آمیختگی شناختی	۰/۰۴۸	۰/۰۴۲	۱/۱۵	۰/۲۵۱					
	عرض از مبدأ	۳/۶۷	۰/۱۵۳	۰/۰۸۸	۲۴/۰۱	**۰/۰۰۱				
ابعاد پذیرش درد	تمایل به درد	۰/۲۷	۰/۰۴	۰/۶۷	۰/۵۰	۰/۳۰	۰/۰۹	۲	۱۰/۶۲	**۰/۰۰۱
	تعهد در فعالیت	۰/۱۷	۰/۰۳۹	۰/۳۱۶	۴/۴۳	**۰/۰۰۱				
	عرض از مبدأ	۲/۹۳	۰/۲۰	۱۴/۳۲	**۰/۰۰۱					

**P<۰/۰۱ *P<۰/۰۵

نتیجه‌گیری و بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی نقش انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و پذیرش درد به همراه ضریب تعیین متغیرهای پیش‌بین نیز نشان می‌دهد که ۲۰ درصد نمرات تاب‌آوری بیماران مبتلا به درد مزمن تحت تأثیر ابعاد انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی

بر اساس نتایج جدول ۳، میزان F مشاهده شده در تحلیل واریانس نمرات مؤلفه‌های انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و پذیرش نسبت به درد معنی‌دار است ($p < ۰/۰۱$)؛ بنابراین هر دو تحلیل رگرسیون از اعتبار آماری برخوردار است.

علیرضا آقاییوسفی و همکاران: نقش انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و پذیرش درد در پیش‌بینی تاب‌آوری بیماران مبتلا به درد ...

مزمّن همچون سلامت روانی جسمی و عملکرد برجسته می‌کنند، نیز هم‌راستا است (کارولی و رولمن، ۲۰۰۶؛ اسمیت و همکاران، ۲۰۰۸؛ انگ، زاتورا و رید، ۲۰۱۰).

در تبیین نتایج تحقیق می‌توان گفت که به نظر می‌رسد، یک وجه اشتراک مهم بین تعریف تاب‌آوری و اهداف مدل ACT وجود دارد. در تاب‌آوری، فرد با وجود عوامل استرس‌زا و مصیبت‌ها، به‌زیستی روان‌شناختی و عملکرد خود را حفظ می‌کند (هنگلاند و همکاران، ۲۰۰۷) و حتی همان‌طور که اشاره شد فرد با وجود سطح بالای درد، مشکلات هیجانی و اختلال عملکرد پایین‌تری دارد (کارولی و رولمن، ۲۰۰۶) و این در حالی است که در ACT نیز، این هدف دنبال می‌شود که فرد با وجود آگاهی از تجربیات درونی منفی خود همچون درد، اقدام برای اجتناب یا کنترل درد را رها می‌کند و به رفتارهایی که در راستای اهداف و ارزش‌های اوست، می‌پردازد (هیس و همکاران، ۲۰۰۶)؛ بنابراین به نظر می‌رسد با دنبال کردن فرایندهای ACT که از مهم‌ترین آن‌ها پذیرش و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است، می‌توان به اهداف تاب‌آوری رسید. کاشدان و روتنبرگ (۲۰۱۰) در یک تحقیق مروری، شواهد حمایت از این نظریه را این‌گونه خلاصه کردند که سلامت روان خوب و تاب‌آوری توسط انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مشخص می‌شود. از طرفی تاب‌آوری انعطاف‌پذیری در منابع شناختی، هیجانی و اجتماعی را در مواجهه با تقاضاهای متفاوت محیطی گسترش می‌دهد (بلاک و کرمن، ۱۹۹۶) و ناتوانی در آن، نشان‌دهنده انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی است. نتایج دو مطالعه،

($R^2=0/039$) و ۳۰ درصد نمرات در این بیماران تحت تأثیر ابعاد پذیرش درد ($R^2=0/09$) قرار داشته است. همچنین ضرایب تأثیر با توجه به آماره‌های t نیز نشان می‌دهد که از بین ابعاد انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی، فقط بعد اجتناب درد ($p > 0/05$) و از بین ابعاد پذیرش درد، فقط بعد تعهد در فعالیت ($p < 0/01$) می‌تواند تغییرات مربوط به تاب‌آوری این بیماران را به‌صورت معنادار پیش‌بینی کند.

نتایج پژوهش نشان داد که انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی رابطه معکوس و پذیرش درد رابطه مستقیم به‌صورت معنادار با تاب‌آوری این بیماران دارد. همچنین نتایج پژوهش نشان داد که این دو سازه مهم در رویکرد درمانی ACT در پیش‌بینی تاب‌آوری بیماران مبتلا به درد مزمّن مؤثر هستند. به نحوی که انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی، ۳۰ درصد کاهش تاب‌آوری و پذیرش درد حدود ۲۰ درصد افزایش تاب‌آوری در این بیماران را پیش‌بینی می‌کند. از طرفی از بین مؤلفه‌های انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی، فقط اجتناب از درد و از بین مؤلفه‌های پذیرش درد، تعهد یا درگیر شدن در فعالیت نقش مؤثری در تاب‌آوری بیماران درد مزمّن دارد.

نتایج تحقیقات مشابه محدودی که به‌طور غیرمستقیم به نقش فرایندهای ACT همچون پذیرش و انعطاف‌پذیری در تاب‌آوری بیماران مبتلا به درد مزمّن اشاره کرده‌اند، با نتایج این پژوهش هماهنگ هستند (هنگلاند و همکاران، ۲۰۰۷؛ استرگن و زاتورا، ۲۰۱۰؛ کاشدان و روتنبرگ، ۲۰۱۰؛ واف، تامسون و گوتلیب، ۲۰۱۱). همچنین با نتایج پژوهش‌هایی که نقش تاب‌آوری را در پیامدهای درد

فرد مختل نمی‌شود (مک کراکن و ولمن، ۲۰۱۰) و در واقع تاب‌آوری فرد در مقابل درد افزایش می‌یابد. از طرفی در دیدگاه ACT اجتناب تجربه‌ای از رویدادهای درونی به واسطه آمیختگی شناختی ایجاد می‌شود و فرد به دلیل اینکه فکر یک رویداد را با اتفاق واقعی رویداد یکی می‌کند، دست به رفتارهایی برای جلوگیری از آن اتفاق می‌زند (ویکسل و همکاران، ۲۰۰۸). لذا ممکن است به این دلیل رابطه آمیختگی شناختی با تاب‌آوری معنادار نبوده است که رابطه مستقیم با آن نداشته است و با واسطه اجتناب از درد ارتباط غیرمستقیم با تاب‌آوری دارد. البته این یک حدس است و نیاز به تحلیل‌های بیشتری دارد. همچنین چون تاکنون تحقیقاتی به بررسی ارتباط این فرایندها با تاب‌آوری نپرداخته است، برای مقایسه و تبیین بهتر نیاز به مطالعات بیشتری است.

علاوه بر این، در چند سال گذشته پذیرش از بین فرایندهای ACT به‌طور گسترده به‌عنوان یک رویکرد مفید در درمان درد مزمن شناخته شده است. نتایج مطالعه حاضر نیز نشان می‌دهد که پذیرش درد در پیش‌بینی تاب‌آوری بیماران مبتلا به درد مزمن نقش مهمی دارد و مؤلفه تعهد در فعالیت آن در این پیش‌بینی مؤثر است. یافته‌های مطالعات قبلی نیز نشان می‌دهند که مؤلفه‌های پذیرش درد (تمایل به درد و تعهد در فعالیت‌ها) می‌تواند مستقل از شدت درد و افسردگی منجر به عملکرد زندگی سالم در این بیماران شود (مک کراکن، ۱۹۹۸؛ مک کراکن و اکلستون، ۲۰۰۵).

در تبیین این یافته می‌توان گفت همان‌طور که تاب‌آوری سازگاری مثبت با تجربه‌های منفی است،

یکی در زمینه نقش انعطاف‌پذیری شناختی (کاشدان و روتنبرگ، ۲۰۱۰) و دیگری انعطاف‌پذیری هیجانی (واف، تامسون و گوتلیب، ۲۰۱۱) در تاب‌آوری نشان می‌دهد که افراد تاب‌آور قادرند منعطف‌تر فکر کنند، موقعیت‌های چالش‌برانگیز و اتفاقات ناراحت‌کننده را بپذیرند و اغلب مشکلات را زودگذر و محدودتر ببینند (هنگلاند و همکاران، ۲۰۰۷). همچنین قادرند صرف‌نظر از این که یک تجربه هیجانی مثبت یا منفی است، به‌طور منعطفانه‌ای عواطف و واکنش‌های فیزیولوژیک خود را در تطابق با پیشامدهای محیطی تغییر دهند (واف، تامسون و گوتلیب، ۲۰۱۱). در مطالعه حاضر نیز نشان داده شد که انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی نسبت به درد در کاهش تاب‌آوری بیماران مبتلا به درد مزمن نقش دارد. همچنین از بین مؤلفه‌های انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی، اجتناب درد فقط در پیش‌بینی تاب‌آوری بیماران مبتلا به درد مزمن مؤثر است و آمیختگی شناختی رابطه‌ای با تاب‌آوری ندارد. در تبیین می‌توان گفت اجتناب از درد که بنا بر مدل ACT معادل اجتناب تجربه‌ای است به‌واسطه نقش مهمی که در آسیب‌شناسی روانی دارد، تاب‌آوری افراد را در مقابل درد مزمن کاهش می‌دهد. در واقع اجتناب از درد با ایجاد رفتارهای انعطاف‌ناپذیر و غیر مؤثر مانع تجربه مستقیم درد (اجتناب تجربه‌ای) و نهایتاً مختل شدن عملکرد فرد می‌شود. در صورتی که در تاب‌آوری فرد با وجود درد و هیجانات منفی، باز هم عملکرد مؤثر خود را حفظ می‌کند؛ بنابراین با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به کمک فرایند درمانی ACT، اجتناب از درد و رفتارهای غیر مؤثر خنثی می‌شود، عملکرد

علیرضا آقاییوسفی و همکاران: نقش انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و پذیرش درد در پیش‌بینی تاب‌آوری بیماران مبتلا به درد ...

به فرد اجازه می‌دهد که یک راه صحیح، غنی و با معنی در زندگی طی کند (کاشدان و روتنبرگ، ۲۰۱۰).

باید در نظر داشت که مطالعه حاضر با محدودیت‌هایی روبه‌رو بود که تعمیم‌پذیری یافته‌ها را با احتیاط روبه‌رو می‌کند. ابتدا غیر تصادفی بودن نمونه آماری و محدود بودن به چند مرکز درمانی در شهر اصفهان که کنترل متغیرهای مداخله‌گر چون عوامل فرهنگی که ممکن است در تاب‌آوری نقش داشته باشند را با اشکال روبه‌رو می‌کند. دوم، نبودن تحقیقات مشابه در این زمینه که مقایسه یافته‌ها را نسبتاً محدود می‌کند.

در کل نتایج تحقیق نشان داد که فرایندهای ACT به‌ویژه انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و پذیرش درد در پیش‌بینی تاب‌آوری بیماران مبتلا به درد مزمن نقش مؤثری دارند. همچنین نتایج تحقیق اطلاعات ارزشمندی در جهت طراحی مداخلات افزایش تاب‌آوری بیماران درد مزمن بر اساس فرایندهای ACT از جمله رها کردن اجتناب از درد و دنبال کردن فعالیت‌ها طبق ارزش‌ها علیرغم وجود درد فراهم می‌کند.

تقدیر و تشکر

از کلیه پزشکان، پرسنل مراکز درمانی و بیمارانی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

پذیرش نیز با شناسایی جنبه‌های غیرقابل‌کنترل عامل استرس‌زا و تفسیر مجدد آن‌ها به صورت سبک‌تر و تغییر انتظار فرد برای کنترل رویداد بر اساس واقعیت باعث می‌شود فرد با عامل استرس‌زا سازگاری مثبت پیدا کند (هنگلاند و همکاران، ۲۰۰۷)؛ بنابراین طبعاً در تاب‌آوری نقش مهمی دارد. پذیرش درد نیز به این دلیل که تمرکز منابع شناختی و عاطفی فرد را از نگرانی درباره درد به سمت عوامل استرس‌زای بیرونی یا دغدغه‌هایی واقعی می‌برد (مک کراکن، ۱۹۹۸) و باعث می‌شود فرد روی بهبود عملکرد، برخلاف کاهش درد تمرکز کند (مک کراکن و اکلستون، ۲۰۰۵)، در افزایش تاب‌آوری فرد در مقابل درد نقش دارد. همچنین نتایج تحقیق نشان داد از بین مؤلفه‌های پذیرش درد، تمایل به درد رابطه معناداری با تاب‌آوری نداشت. در واقع در مدل ACT، تمایل به درد آن روی سکه اجتناب از درد است که بر اساس یافته‌های قبلی این تحقیق در پیش‌بینی تاب‌آوری مؤثر بود؛ بنابراین محققین انتظار داشتند که رابطه معناداری با تاب‌آوری داشته باشد. لذا ممکن است علت این عدم معناداری به اشکالات ترجمه‌ای ابزار سنجش این مؤلفه یا تفاوت‌های فرهنگی مربوط به آن باشد. به هر حال چون تحقیقات مشابهی برای مقایسه وجود ندارد، تبیین و قضاوت مشکل است. البته در کل می‌توان گفت باز بودن و پذیرش بیشتر نسبت به تجربیات درونی همچون درد و تمایل به درگیر شدن با فعالیت‌های مشکل به خاطر ماندن در راستای ارزش‌های مهم،

منابع

اسدی، ف (۱۳۹۳). «نقش سبک‌های دفاعی و

ابوالقاسمی، ع؛ ابراهیمی اردی، ی؛ نریمانی، م و

- ۳، شماره ۴، صفحات ۹۳-۱۱۳.
- مسگریان، ف؛ اصغری مقدم، م.ع؛ شعیری، محمد ر؛ برومند، ا؛ معروفی، ن؛ ابراهیمی تکامچانی، ا و نایب آقایی، ح (۱۳۹۱). «نقش پذیرش درد در کاهش شدت درد و ناتوانی بیماران مبتلا به درد مزمن». *مجله تحقیقات علوم رفتاری*. شماره ۳، صفحات ۱۹۴-۲۰۳.
- محمدی، م (۱۳۸۴). «بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض خطر سوء‌مصرف مواد». پایان‌نامه دکتری روانشناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی. تهران.
- Block, J. & Kremen, A.M. (1996). "IQ and ego-resiliency: Conceptual and empirical connections and separateness". *Journal of Personality and Social Psychology*. 70(2), 349-361.
- Blyth, F.M., March, L.M., Brnabic, A.J., Jorm, L.R., Williamson, M. & Cousins, M.J. (2001). "Chronic pain in Australia: A prevalence study". *Pain*, 89, 127-134.
- Campbell- sills, L., Cohen, S.L. & Stein, M.B. (2006). "Relationship or resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults". *Behaviour Research and Therapy*, 44, 585-599.
- Compell-Sills, L. & Stein, M.B. (2007). "Psychometric analysis and refinement of the Conner-Davidson Resilience scale (CD-RISC): Validation of a 10 item measure of resilience". *Journal of Traumatic Stress*, 20, 1019- 1028.
- Cheung, M.N., Wong, T.C., Yap, J.C. & Chen, P.P. (2008). "Validation of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) in Cantonese-Speaking Chinese Patients". *The Journal of Pain*, 9, 823-832.
- Ciarrochi, J. & Blackledge, J.T. (2006). *Mindfulness-Based Emotional Intelligence Training: A new approach to reducing human suffering and promoting effectiveness*. In Ciarrochi, J., Forgas, J.P., & Mayer, J.D. (Eds.), *Emotional Intelligence in everyday life* (2nd Ed). New York: Psychology Press. 206- 228.
- Conner, M. & Davidson, J.R.T. (2003). تاب‌آوری در پیش‌بینی آسیب‌پذیری روانی مبتلایان به آسم». *مجله روانشناسی سلامت*، سال ۳، شماره ۴، صفحات ۷۹-۹۱.
- اصغری مقدم، م.ع؛ کرمی، ب و رضایی، ص (۱۳۸۱). بررسی شیوع درد در طول عمر درد مزمن مستمر و برخی از ویژگی‌های همراه با آن. *مجله روانشناسی*، شماره ۲۱، صفحات ۳۰-۵۱.
- زارع، ح؛ محمدی، ن؛ متقی، پ؛ افشار، ح و پورکاظم، ط (۱۳۹۳). «تأثیر درمان تعدیل شده شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر فاجعه پنداری، پذیرش و شدت درد بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا». *مجله روانشناسی سلامت*. سال

- "Development of a new resilience scale: the Conner- Davidson Resilience Scale (CD-RISC)". *Depression and Anxiety*, 18, 76- 82.
- Feldner, M.T., Hekmat, H., Zvolensky, M.J., Vowles, K.E., Sechrist, Z. & Leen-Feldner, E.W. (2006). "The role of experiential avoidance in acute pain tolerance: A laboratory test". *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 146-158.
- Feinstein, A.B., Forman, E.M., Masuda, A., Cohen, L.L., Herbert, J.D., Moorthy, L.N. & Goldsmith, D.P. (2011). "Pain Intensity, Psychological Inflexibility, and Acceptance of Pain as Predictors of Functioning in Adolescents with Juvenile Idiopathic Arthritis: A Preliminary Investigation". *Journal of clinical psychology in medical settings*, 18, 291- 298.
- Ghaffari, M., Alipour, A., Jensen, I., Farshad, A.A. & Vingard, E. (2006). "Low back pain among Iranian industrial workers". *Occupational medicine*, 56(7), 455- 460.
- Haglund, M.E., Nestadt, P.S., Cooper, N.S., Southwick, S.M. & Charney, D.S. (2007). "Psychobiological mechanisms of resilience: Relevance to prevention and treatment of stress-related psychopathology". *Development and Psychopathology*, 19, 889-920.
- Harstall, C. (2001). "How prevalent is chronic pain"? *Pain: Clinical Updates*. XI, 1-4.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: The Guilford Press, 140-155.
- Hayes, S.C. (2004). "Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies". *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S.C., Strosahl, K., Bunting, K., Twohig, M. & Wilson, K.G. (2005). *What is Acceptance and Commitment Therapy?* In Hayes, S.C. & Strosahl, K.D. (Eds.). A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy. New York: Springer Science + Business Media. 3-29.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A. & Lillis, J. (2006). "Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes". *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Karoly, P. & Ruhlman, L.S. (2006). "Psychological resilience and its correlates in chronic pain: findings from a national community sample". *Pain*, 123, 90-97.
- Kashdan, T.B. & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health". *Clinical Psychology Review*, 30, 865-878.
- Kratz, A.L., Davis, M.C. & Zautra, A.J. (2007). "Pain acceptance moderates the relation between pain and negative affect in female osteoarthritis and fibromyalgia patients". *Annals of Behavioral Medicine*, 33, 291-301.
- Marks, R. (2007). "Obesity profiles with knee osteoarthritis: correlation with pain, disability, disease progression". *Obesity*, 15, 1867-1874.
- Masuda, A., Price, M. & Latzman, R.D. (2012). "Mindfulness moderates the

- relationship between disordered eating cognitions and disordered eating behaviors in anon-clinical college sample". *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34, 107-115.
- Masuda, A. & Tully, E.C. (2012). "The role of mindfulness and psychological flexibility in somatization, depression, anxiety, and general psychological distress in a nonclinical college sample". *Journal of Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 17, 66-71.
- McCracken, L.M. (1998). "Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain". *Pain*, 74, 21-27.
- McCracken, L.M., Carson, J.W., Eccleston, C. & Keefe, F.J. (2004). "Acceptance and change in the context of chronic pain". *Pain*, 109, 4-7.
- McCracken, L.M. & Eccleston, C. (2005). "A prospective study of acceptance of pain and patient functioning with chronic pain". *Pain*, 118, 164-169.
- McCracken, L.M., Vowles, K.E. & Eccleston, C. (2007). "Acceptance of chronic pain: Component analysis and a revised assessment method". *Pain*, 107, 159-166.
- McCracken, L.M. & Vowles, K.E. (2007). "Psychological flexibility and traditional pain management strategies in relation to patient functioning with chronic pain: an examination of a revised instrument". *Pain*, 8, 700-707.
- McCracken, L.M. & Velleman, S.C. (2010). "Psychological flexibility in adults with chronic pain: a study of acceptance, mindfulness, and values-based action in primary care". *Pain*, 148, 141-7.
- McCracken, L.M. & Gutiérrez-Martínez, O. (2011). "Processes of change in psychological flexibility in an interdisciplinary group-based treatment for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy". *Behaviour Research and Therapy*, 49, 267-274.
- McCracken, L.M., Williams, J.L. & Tang, N.K. (2011). "Psychological flexibility may reduce insomnia in persons with chronic pain: a preliminary retrospective study". *Pain Medicine*, 12(6), 904-912.
- Ong, A.D., Zautra, A.J. & Reid, M.C. (2010). "Psychological resilience predicts decreases in pain catastrophizing through positive emotions". *Psychology and Aging*, 25, 516-523.
- Reneman, M.F., Dijkstra, A., Geertzen, J.H. & Dijkstra, P.U. (2010). "Psychometric properties of Chronic Pain Acceptance Questionnaires: a systematic review". *European Journal of Pain*, 14, 457-465.
- Rodero, B., Garcia-Campayo, J., Casanueva, B., del Hoyo, Y.L., Serrano-Blanco, A. & Luciano, J.V. (2010). "Validation of the Spanish version of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) for the assessment of acceptance in fibromyalgia". *Health and Quality of Life Outcomes*, 8, 37.
- Ruiz, F.J., Langer, A.I., Luciano, C., Cangas, A.J. & Beltr, I. (2013).

- "Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish translation of the Acceptance and Action Questionnaire". *Psicothema*, 25, 123–129.
- Smith, B.W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P. & Bernard, J. (2008). "The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back". *International journal of behavioral medicine*, 15, 194–200.
- Smith, B.W. & Zautra, A.J. (2008). "Vulnerability and resilience in women with arthritis: test of a two-factor model". *Journal of consulting and clinical psychology*, 76, 799–810.
- Sturgeon, J.A. & Zautra, A.J. (2010). "Resilience: a new paradigm for adaptation to chronic pain". *Current Pain and Headache Reports*, 14(2), 105-12.
- Turk, D.C. (2002). "Clinical effectiveness and cost-effectiveness of treatments for patients with chronic pain". *Clinical Journal of Pain*, 18, 355–365.
- Wicksell, R.K., Renofalt, J., Olsson, G.L., Bond, F.W. & Melin, L. (2008). "Avoidance and cognitive fusion-central components in pain related disability? Development and preliminary validation of the psychological inflexibility in pain scale (PIPS)". *European Journal of Pain*, 12, 491–500.
- Wicksell, R.K., Olsson, G.L. & Melin, L. (2008). "The Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) – further validation including a confirmatory factor analysis and a comparison with the Tampa Scale of Kinesiophobia". *European Journal of Pain*, 13, 760–768.
- Wicksell, R.K., Lekander, M., Sorjonen, K. & Olsson, G.L. (2010). "The psychological inflexibility in pain scale (PIPS) - statistical properties and model fit of an instrument to assess change processes in pain related disability". *European Journal of Pain*, 14, 771.
- Wicksell, R.K., Olsson, G.L. & Hayes, S.C. (2010). "Psychological flexibility as a mediator of improvement in Acceptance and Commitment Therapy for patients with chronic pain following whiplash". *European Journal of Pain*, 14, 1059.
- Waugh, C.E., Thompson, R.J. & Gotlib, I.H. (2011). "Flexible Emotional Responsiveness in Trait Resilience". *Emotion*, 11, 1059–1067.
- Zautra, A.J., Hall, J.S. & Murray, K.E. (2010). *Resilience: A new definition of health for people and communities*. Handbook of adult resilience. New York: Guilford, 3–34.